

1-C-6 出血性脳梗塞を合併した肺塞栓症の治療経験

獨協医科大学集中治療部、同第一内科*

小林学、長谷達也*、高橋宏行、大山眞
大津敏、木多秀彰、崎尾秀彰

肺血栓塞栓症は致命率の高い疾患であり、早期診断と適切な治療が必要とされる。本邦でも外科的血栓除去術により救命し得た報告があるが、手術成績の詳細は不明である。そのため、血栓溶解療法や抗凝固療法を主体とした内科的治療の意義は大きいと思われる。

今回、我々は、出血性脳梗塞を合併した肺血栓塞栓症に対し低分子ヘパリンで治療した症例を経験したので報告する。

【症例】64歳女性

【主訴】呼吸困難、チアノーゼ

【既往歴】糖尿病、高血圧、高脂血症

【現病歴】1997年2月8日、右片麻痺を主訴に当院神経内科に入院し、左中大脳動脈領域の脳梗塞と診断された。入院2日目に出血性脳梗塞を併発したが、麻痺の増悪、意識レベルの低下を来すことなく経過していた。入院14日目、排便時に突然の呼吸困難とチアノーゼが出現し、ショック状態となり気管内挿管後ICU入室となった。

【入室時現症】身長148cm、体重52kg、意識レベルJapan Coma Scale III-300、血圧86/56mmHg、脈拍110bpm、瞳孔不同なく、対光反射は正常であった。

【入室時検査成績】ICU入室後、直ちに人工呼吸管理としSIMV(FiO₂1.0、一回換気量450ml、換気回数14回)にてPaO₂65mmHgと著明な低酸素血症と、PaCO₂45.4mmHgとPetCO₂16mmHgの解離を認めた。血液像ではWBC 21000/mm³、Hb 11.2g/dlであった。生化学検査ではLDH 850IU/L、血糖値415g/dlと高値を示す以外、異常所見を認めなかった。胸部X-Pでは心胸郭比52%、肺野には異常所見を認めなかった。心電図ではSIQIIIと不完全右脚ブロックを認めた。心エコーでは右室拡大、心室中隔扁平化と右心負荷が示唆された。胸部造影CTでは左右肺動脈本幹および、右肺動脈分枝レベルで陰影欠損像を認めた。肺血流シンチでは右上下葉および左上葉に欠損像の所見を得た。

【入室後経過】臨床経過と諸検査の結果から肺血栓塞栓症と診断した。出血性脳梗塞を合併していたため血栓溶解療法は禁忌と判断し、抗凝固療法のみ行うこととした。治療開始時はヘパリン500U/hrを投与したが、出血の増悪を懸念し、低分子ヘパリンに変更した。

低分子ヘパリンは300~500IU/hrにて8日間投与した。徐々に酸素化は改善し、入室6日目に抜管可能となった。しかし、気管支肺炎を併発し、喀痰の喀出困難のため、入室7日目に気管切開術を施行した。以降は気切マスク下に酸素吸入だけで十分となった。循環動態も同様の経過をたどり、ICU入室時は血圧維持のためにDOA12μg/Kg/min、DOB10μg/Kg/minを投与したが、入室5日目には離脱可能となった。入室3日目よりワーファリンも併用したが、ワーファリン開始3日目に一過性の意識レベルの低下と、麻痺の進行が出現し、脳CT上も梗塞周囲の出血像の拡大を認め、ワーファリン投与を中止した。入室8日目でICUを退室したが、その後は全身状態も安定しており、一般病棟にてリハビリテーション中である。

【考察】本症例では脳梗塞のための長期臥床により深部静脈血栓が形成されたものと考えられる。プロテインCやS、ループスアンチコアグラントは正常であった。肺血栓塞栓症の加療には血栓溶解療法としてウロキナーゼ、もしくは組織プラスミノゲンアクチベータを投与する。しかし本症例においては出血性脳梗塞を併発していたために血栓溶解療法は選択しなかった。抗凝固療法はヘパリンが一般的に用いられる。低分子ヘパリンは、抗トロンビン作用を持たず、APTTの延長が軽度であるためヘパリンに比し出血の危険が少ないと指摘されている。低分子ヘパリン投与時の抗凝固のモニタリングとしてはXa-ACTが推奨されているが、残念ながら本症例では測定していなかった。またワーファリンの併用は慎重でなければならない。